



## Formulaire d'inscription camp d'été et camp de jour 2018

### Informations sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Fille  Garçon

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Expérience équestre : \_\_\_\_\_

L'enfant demeure-t-il avec ses 2 parents? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si non, veuillez indiquer avec qui : Mère \_\_\_\_\_ Père \_\_\_\_\_ Garde partagée \_\_\_\_\_

*(NAS obligatoire si vous désirez recevoir un reçu pour vos impôts)*

Nom du père : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_ ou

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_

Adresse : Veuillez indiquer votre adresse si autre que celui de votre enfant

Même adresse

Adresse : \_\_\_\_\_

Père # tél. rés : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Mère # tél. rés : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Même adresse

### Comment avez-vous connu le Domaine Sam-Calm ?

Parents, amis :  Journaux :  Internet :  Affichage :  Poste :

Référence : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Toutes les activités sont incluses				Optionnel 1 nuitée	Optionnel diners & collations	Total	
	Camp d'été		Camp jour	en camping Camp jour	repas 12\$ / jour Camp jour		
1	<input type="checkbox"/> 24 juin au 29 juin	\$650.00	ou	\$350.00	\$45.00	\$50.00 / semaine	_____ \$
2	<input type="checkbox"/> 1 juillet au 6 juillet	\$650.00	ou	\$350.00	\$45.00	\$50.00 / semaine	_____ \$
3	<input type="checkbox"/> 8 juillet au 13 juillet	\$650.00	ou	\$350.00	\$45.00	\$50.00 / semaine	_____ \$
4	<input type="checkbox"/> 15 juillet au 20 juillet	\$650.00	ou	\$350.00	\$45.00	\$50.00 / semaine	_____ \$

1 - Frais du séjour :		_____ \$		
2 - Moins escompte	-	_____ \$		
3 - Sous-Total	=	_____ \$		
4 - TPS (83119158RT0001)	+	_____ \$	(sous-total X 5%)	
5 - TVQ (1213580635)	+	_____ \$	(sous-total X 9.975%)	
<b>TOTAL</b>	=	_____ \$	<b>(3 + 4 + 5)</b>	

**\*\*\* Les frais d'inscription de 100.00 \$ sont non remboursables**

**\*\*\* Politiques de paiement et modalités de remboursement**

-Si annulation 10 jours après la signature du contrat, l'inscription et le 1<sup>er</sup> versement ne sont pas remboursables.

-En cas de maladie, avec un billet du médecin, le séjour peut-être remis dans la même saison ou crédité, valide pour une période de 90 jours.

-Advenant un départ hâtif pendant le séjour, pour un motif sérieux et valable, la portion non utilisée sera créditée au prorata pour un prochain séjour.

Visa    Master Card    Carte de débit    Chèque    Comptant

No carte de crédit : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      date exp : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du détenteur de la carte ou du payeur : \_\_\_\_\_

Les chèques doivent être libellés au nom du Domaine Sam-Calm

1 <sup>er</sup> versement (50%)	à l'inscription	_____ \$	date _____ / _____ 2018
2 <sup>e</sup> versement (50%)		_____ \$	date _____ / _____ 2018

**Arrivée et départ camp d'été:**

**Arrivée : dimanche entre 19:30 et 20 :30**

**Départ : vendredi 18h - Présentation d'un spectacle - durée 75 minutes**

**Arrivée et départ camp de jour:**

**Arrivée & départ à tous les jours : de 8 :00 à 17 :00 (nous aviser si retard sinon frais supplémentaires de 10\$) Sauf vendredi : 18h - Présentation d'un spectacle - durée 75 minutes**

**BIENVENUE À TOUS ! Enfants, parents, voisins et amis**

# AUTORISATIONS

À titre de parent et/ou détenteur de l'autorité parentale quant à ;

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

## Risque et renonciation

Je reconnais que la pratique des sports équestres comportent des risques inhérents de blessures et je tiens indemne et libère sans restriction les propriétaires, enseignants et moniteurs de leur responsabilité à cet égard pour tout dommage, blessure et perte en découlant. Le soussigné, en son nom et celui de son enfant reconnaît qu'il est physiquement et mentalement capable de participer à ces activités, comprend les risques inhérents aux sports équestres, reconnaît l'importance de suivre les règlements et consignes du Domaine Sam-Calm.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités équestres et autres activités prévues au programme.

*Initiales* : **X** \_\_\_\_\_

## Chambre

1<sup>e</sup> Voyez vous un inconvénient à ce que votre enfant partage son lit avec un autre enfant du même groupe d'âge et de sexe? Prendre note que les portes de chambres sont maintenues entrouvertes en tout temps excepté lorsque l'enfant change de vêtements.

Oui  Non

2<sup>e</sup> Si durant la semaine, votre enfant, nous demande de partager son lit avec sa ou son nouvel (le) ami (e), voulez vous en être avisé ?

Oui  Non

*Initiales* : **X** \_\_\_\_\_

## Photos et vidéos

Pendant le séjour de votre enfant, notre centre équestre prendra des photos et/ou des films vidéo qui pourront être utilisés à des fins publicitaires tels brochures, site web etc. Le matériel utilisé demeurera la propriété du Domaine Sam-Calm.

Par la présente j'autorise le Domaine Sam-Calm à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires.

*Initiales* : **X** \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2018

# FICHE MÉDICALE

**IMPORTANT** Merci de nous retourner cette fiche dûment complétée au Domaine Sam-Calm.  
Ces informations nous sont très importantes et nécessaires en cas d'urgence.

SVP Faire une copie de la carte d'assurance maladie de votre enfant et la joindre au formulaire d'inscription.

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date du séjour du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
j m année j m année

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ date d'expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Urgence :** Personnes à rejoindre en cas d'absence ou d'urgence des parents :

1- Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

2- Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

## **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Votre enfant :

Fait-il des allergies? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Fait-il de l'asthme? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Prend-t-il des médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui lesquels : 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

Souffre-t-il de déficit d'attention? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Mouille-t-il son lit Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Demande-t-il une attention spéciale Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_ nuit \_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pouvant aider les responsables à assurer un séjour agréable à votre enfant.

Informations supplémentaires au verso : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

## **AUTORISATIONS**

**J'autorise si nécessaire de donner à mon enfant les médicaments suivants:**

(SVP apposer vos initiales)

Tylenol x \_\_\_\_\_ Benadryl x \_\_\_\_\_ Advil x \_\_\_\_\_ Autres x \_\_\_\_\_

**J'autorise la direction à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgence suivant les directives du médecin :**

Si une blessure nécessite un transport en ambulance ou si une maladie ou une blessure exige des soins un ou des médicaments sous prescription d'un médecin, les frais seront facturés aux parents. Initiales : X \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) père, mère, tuteur : X \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018